

TRENTE OBSERVATIONS
DE STÉRILISATION
PROPHYLACTIQUE
D'UNE
NOUVELLE GESTATION
recueillies
au cours des cinq dernières années
à la Clinique Obstétricale
(Professeur H. PIGEAUD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LAFARGE

Né le 17 Avril 1926, à AZE (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1953

TRENTE OBSERVATIONS
DE STERILISATION PROPHYLACTIQUE
D'UNE NOUVELLE GESTATION RECUEILLIES
AU COURS DES CINQ DERNIERES ANNEES
A LA CLINIQUE OBSTETRICALE

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1953-1954. — N° 63

**TRENTE OBSERVATIONS
DE STÉRILISATION
PROPHYLACTIQUE
D'UNE
NOUVELLE GESTATION**
recueillies
au cours des cinq dernières années
à la Clinique Obstétricale
(Professeur H. PIGEAUD)

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1953

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean LAFARGE

Né le 17 Avril 1926, à AZE (Saône-et-Loire)



LYON

BOSC Frères

Imprimeurs-Éditeurs

42, quai Gailleton, 42

1953

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur,

M. J. LEPINE.
M. HERMANN.
M. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES

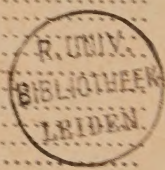
MM. NICOLAS, VILLARD, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART,
PIERY, CADE, PATEL, FAVRE, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND

PROFESSEURS

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique ophtalmologique
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphie
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Histologie
Pharmacie et Pharmacologie
Botanique et Cryptogamie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT,
P. RAVAUULT
SANTY,
WERTHEIMER,
BERNHEIM,
BONNET,
REBATTU,
CIBERT,
DUFOURT,
GATE,
DECHAUME,
SEDALLIAN,
GUILLEMINET,
POLLOSSON,
PIGEAUD,
DUCLOS,
NOEL
LEULIER,
NETIEN,
HERMANN,
MARTIN J.-F.,
PONTIUS,
(détaché à Beyrouth)
MAZEL,
GARIN,
ROCHET,
CHAMBON,
JOSSEAND,
DELORE,
GABRIELLE,
CROIZAT,
ENSELME,
MALLET-GUY,
JOURDAN,
REVOL,
BOURRET,
LEVRAT,
SOHIER,
BERTRAND.

Médecine du travail
Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique et Climatologie
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Biologie médicale
Pharmacie galénique
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène
Propédeutique chirurgicale



PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique..... M. BANSSILLON.

Pharmacie et Pharmacologie

DREYON.

Chimie organique et Toxicologie

BADINAND

MAITRES DE CONFERENCES — AGREGES

Physique biologique BERGER.
Parasitologie COUDERT.
Physiologie CHATONNET.
Physiologie CIER.

Parasitologie ROMAN.
Histologie TUSQUES
Chimie biologique R. CREYSSER.
Bactériologie BERTOYE.

AGREGES EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale BRUN.
Pathologie médicale M. GIRARD.
Pathologie médicale P. GIRARD.
Pathologie médicale JEUNE.
Pathologie médicale VACHON.
Pathologie médicale GALLY.
Pathologie médicale GONIN.
Pathologie chirurgicale BERARD.
Pathologie chirurgicale DARGENT.
Pathologie chirurgicale DESJACQUES.
Pathologie chirurgicale LABRY.
Pathologie chirurgicale MANSUY.
Pathologie chirurgicale TRILLAT.
Pathologie chirurgicale GUILLET.
Obstétrique BROCHIER.

MM.

Obstétrique MAGNIN.
Obstétrique MATHIEU.
Anatomie pathologique GUICHARD.
Orthopédie MARION.
Anatomie LATARJET.
Neuro-chirurgie LECUIRE.
Oto-rhino-laryngologie MAYOUX.
Ophtalmologie PAUFIQUE.
Urologie PERRIN.
Dermato-syphiligraphie THIERS.
Médecine légale et Médecine du Travail ROCHE.

CHARGES DES FONCTIONS D'AGREGE

Hygiène BENAZET.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. PIGEAUD ; *Assesseurs* : MM. BOURRET,
BROCHIER et MAGNIN.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE,

Ce travail n'est qu'un bien faible témoignage de mon immense reconnaissance et de ma profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIGEAUD
Professeur à la Clinique Obstétricale.

Au cours de notre stage, nous avons pu apprécier la richesse et la clarté de son enseignement.

Il nous a aimablement accueilli dans son service et a bien voulu nous confier ce travail.

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Jury de Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde et respectueuse gratitude.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOURRET

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCHIER

Accoucheur des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAGNIN

Accoucheur des Hôpitaux.

Nous les prions de bien vouloir agréer
l'expression de nos plus sincères remer-
ciements.

A NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DES HÔPITAUX DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVERNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MULLER

En souvenir de notre Internat Provi-
soire dans les Hôpitaux de Saint-Etienne.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECROART

A MONSIEUR LE DOCTEUR TAMIGI

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUTTIN

En souvenir de notre stage interné.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUTINEL

A MONSIEUR LE DOCTEUR BADINAND

A MONSIEUR LE DOCTEUR DANJOU

A MONSIEUR LE DOCTEUR RABASTE

En souvenir de notre Internat Provi-
soire à l'Hôpital de Mâcon.

TRENTE OBSERVATIONS
DE STÉRILISATION PROPHYLACTIQUE
D'UNE NOUVELLE GESTATION RECUEILLIES
AU COURS DES CINQ DERNIÈRES ANNÉES
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

AVANT-PROPOS

Au cours du stage hospitalier que nous avons effectué à la Clinique Obstétricale, nous avons eu l'occasion de voir pratiquer une stérilisation sur une femme ayant accouché depuis deux mois et ayant présenté au cours de sa grossesse des accidents gravido-cardiaques de caractère dramatique.

Ce point nous ayant vivement intéressé, lorsqu'il fut question de préparer notre thèse inaugurale, nous avons demandé à Monsieur le Professeur PIGEAUD de réunir quelques observations et d'en faire l'objet de notre travail. Monsieur le Professeur PIGEAUD nous a conseillé de recueillir toutes les observations de stérilisations effectuées au cours des cinq dernières années.

Nous avons donc recherché les observations de stérilisation en débutant au mois d'Octobre 1948 et en terminant au mois d'Octobre 1953.

Nous avons recueilli un total de 30 stérilisations chirurgicales, mais, en réalité, il s'agit d'observations relevant de deux ordres de faits bien différents.

Dans une première série de cas relativement simples, il s'agit de multipares à bassins rétrécis et qui réclament une stérilisation à l'occasion de la troisième hystérotomie.

Ce point de vue sera discuté plus loin, mais il s'agit de femmes chez lesquelles la stérilisation est pratiquée parce

que l'on estime qu'une nouvelle grossesse leur ferait courir un risque *vital*. Même en serrant de très près les indications, on voit qu'il rentre dans la décision opératoire un élément subjectif qui, suivant les Chefs de service, peut faire varier dans la pratique le nombre des interventions.

Il s'agit donc de faits très intéressants non seulement au point de vue médical, mais aussi au point de vue médico-légal; le problème qui se pose étant alors analogue à celui posé par l'avortement thérapeutique; nous rappelons que cette question a déjà été envisagée par Messieurs PIGEAUD et MAGNIN (Lyon Médical - Mai 1940).

Nous allons exposer nos observations en les répartissant en deux groupes; à la suite de chacun de ces deux groupes, nous discuterons des indications de stérilisations chirurgicales. Cette discussion nous permettra de proposer quelques conclusions.

PREMIERE PARTIE

STERILISATION AU COURS DES CESARIENNES BI-ITERATIVES

Pour mener à bien notre travail, nous avons réuni, au cours de nos recherches dans les archives de la Clinique Obstétricale :

— 9 observations de césariennes bi-itératives suivies de stérilisation, auxquelles s'ajoutent

— 2 observations de césariennes itératives suivies de stérilisation (obs. n° 2 et 8).

Nous rappelons que ces observations embrassent les cinq dernières années seulement.

Nous nous sommes efforcé de les rédiger suivant le même modèle. A cet effet, nous avons adopté le plan suivant :

- 1° Nom, âge, parité, référence.
- 2° Antécédents obstétricaux.
- 3° Grossesse actuelle.
- 4° Indications opératoires.
- 5° Mode d'anesthésie.
- 6° Technique opératoire.
- 7° Suites.
- 8° L'enfant.

Les observations sont classées selon l'ordre chronologique.

- Grossesse actuelle : DR 15-5-48 A. P. 5-2-49
TA 12/7 Albumine 0
Varices
- Indication opératoire : Epreuve du travail, col rigide ne se dilatant pas.
Césarienne itérative.
Rachi-anesthésie excellente.
- Technique opératoire : L. M. S. O. Résection de l'ancienne cicatrice.
L'incision de la paroi abdominale conduit directement sur l'utérus sans interposition de péritoine, donc symphyse utéro-pariétale presque totale.
Dextorsion utérine, incision fundique presque médiane.
Extraction d'un enfant vivant, Fermeture du muscle utérin en 2 plans.
Stérilisation par ligature et section des trompes.
Fermeture de la paroi en 3 plans.
- Suites simples : sortie au 20^e jour.
- Enfant : fille, vigoureux, 2.500 g. P. 660 g.
Allaitement artificiel.

OBSERVATION 3.

Mme La... 36 ans, Parité 5 - 1949 - Obs. 824 - Avril.

- Antécédents : 1^{re} grossesse : forceps, enfant mort.
2^e — : césarienne, enfant vivant.
3^e — : césarienne, enfant vivant.
- Grossesse actuelle : DR. 13-7-48 AP. 23-4-49
TA. 10 Albumine 0.
- Indication opératoire : Bassin rétréci. DU : 8,5. Césarienne bi-
itérative.
- Anesthésie générale Kélène-Ether.
- Technique opératoire : L. M. S. O. sans réséquer l'ancienne ci-
catrice.
Hytératomie basse classique sans difficultés.
Fermeture en 3 plans.
Stérilisation par amputation après ligature de la partie ampul-
laire des trompes.
Fermeture de la paroi en 3 plans.
- Suites : température subfébrile.
Sortie au 17^e jour.
- Enfant : garçon vigoureux, 3.940 g. P. 680 g.
Allaitement mixte.

OBSERVATION 4.

Mme Bo... 27 ans, Parité 3 - 1949 - Obs. 1096 - Juin.

- Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant après épreuve du travail.
2^e — : césarienne, enfant vivant.
- Grossesse actuelle : DR. 31-8-48 AP. 10-6-49
TA. 12/7 Albumine +
Néphropathie gravidique avec œdème.
- Indication opératoire : Bassin rétréci, sacrum droit.
Césarienne bi-itérative.
- Anesthésie générale Kélène-Ether excellente.
- Technique opératoire : L. M. S. O. Il existe peu de segment inférieur.
Dissection difficile du plan péritonéal.
Incision segmentaire longitudinale.
Extraction de l'enfant vivant sans incident.
Fermeture de l'utérus en 3 plans.
Ligature et section des deux trompes.
Pénicilline in situ.
Fermeture de la paroi en 3 plans.
- Suites : température subfébrile. Hématome de la paroi.
Sortie au 18^e jour.
- Enfant : fille vigoureuse : 2.520 g. P. 450 g.
Allaitement au sein.

OBSERVATION 5.

Mme Fa... 37 ans, Parité 3 - 1949 - Obs. 2406 - Décembre.

- Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant après épreuve du travail.
2^e — : césarienne, enfant vivant.
- Grossesse actuelle : DR. début mars A. P. mi-décembre
TA. 12/6 Albumine 0.
- Indication opératoire : Bassin aplati et généralement rétréci.
Césarienne bi-itérative, la malade demande la stérilisation.
- Rachi anesthésie excellente.
- Technique opératoire : L. M. S. O. Utérus en latéro-torsion droite.
Hystérotomie segmentaire classique.

Extraction d'un enfant vivant.

Fermeture en 3 plans, péritonisation normale.

Stérilisation par ablation du pavillon et des trompes des 2 côtés.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

— Suites : Dilatation aiguë gastrique cédant au lavage d'estomac.
Sortie au 15^e jour.

— **Enfant** : garçon vigoureux, 3.280 g. P. 670 g.
Allaitement au sein.

OBSERVATION 6.

Mme Sa., 23 ans, Parité 3 - 1950 - Ob. 952 - Mai.

— Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant après épreuve du travail.

2° — : césarienne, enfant vivant.

Grossesse actuelle : DR. 3-8-49 AP. 13-5-50
 TA. 12/7,5 Albumine 0

— Indication opératoire : Bassin rétréci.
Césarienne bi-itérative, demande la stérilisation.

— Anesthésie : Penthotal starter puis éther-oxygène.

— Technique opératoire : L. M. S. O. Ablation de la cicatrice.
Incision longitudinale segmentaire.

Extraction de l'enfant sans incident.

Fermeture en 3 plans, péritonisation satisfaisante.

Ablation de l'ampoule et du pavillon des deux trompes.

Fermeture de la paroi en 3 plans.

— Suites : sans incident.

Sortie au 19^e jour.

— **Enfant** : fille, vigoureux, 2.800 g. P. 500 g.

OBSERVATION 7.

Mme Se..., 30 ans - 1950 - Ob. 1459 - Juillet.

— Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant.

2^e : césarienne, enfant vivant.

— Grossesse actuelle : DR. 22-11-49 AP. 2-8-50
TA. 12/7 Albumine 0

— Indication opératoire : Bassin chirurgical d'emblée.
Césarienne bi-itérative.

OBSERVATION 9.

Mme Me.... 32 ans, Parité 3 - 1951 - Ob. 1341 - Juillet.

- Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant après épreuve du travail.
2^e — : césarienne, enfant vivant.
- Grossesse actuelle : DR. 8-10-50 AP. 18-7-51
TA. 10,5/6 Albumine 0
- Indication opératoire : Bassin rétréci.
Césarienne bi-itérative, début de travail.
- Anesthésie générale Kélène-éther.
- Technique opératoire : L. M. S. O. Résection de la cicatrice cutanée; on ne retrouve pas traces des hystérotomies antérieures.
Césarienne corporéale.
Extraction de l'enfant sans incident.
Fermeture classique.
Stérilisation : ligature et résection des deux trompes.
Fermeture de la paroi, crins, pénicilline in situ.
- Suites : petit hématome pariétal.
Sortie au 20^e jour.
- Enfant : fille vigoureuse, 3.600 g. P. 640 g.
Allaitement au sein.

OBSERVATION 10.

Mme Go., 32 ans, Parité 3 - 1952 - Ob. 81 - Janvier.

- Antécédents : 1^{re} grossesse : césarienne, enfant vivant après épreuve du travail.
2^e — : césarienne, enfant vivant.
- Indication opératoire : Bassin généralement rétréci. DU : 9.
Courte épreuve du travail.
Césarienne bi-itérative.
- Rachi anesthésie excellente.
- Technique opératoire : L. M. S. O. Césarienne sans incidents.
Sur la partie inférieure de la cicatrice, muscle d'une extrême minceur au point qu'on a l'impression de voir le cuir chevelu sous le péritoine.
Extraction de l'enfant.
Fermeture classique.

I. — Indications.

Nous classerons nos observations en trois groupes que nous reprendrons successivement par la suite.

- a) Cicatrice utérine défectueuse : 5 cas (Obs. 4-7-8-10-11)
- b) Adhérences : 1 cas (Obs. 2)
- c) Demande formulée par la mère : 3 cas (Obs. 5-6-11)

Enfin dans 3 cas, la raison n'apparaît pas nettement; il semble que la demande ait été exprimée verbalement par la mère avant l'intervention.

1) *La cicatrice utérine* : c'est le problème crucial qui paraît dominer les suites éloignées puisqu'elle peut être la cause de rupture utérine lors des gestations ultérieures, avec son tableau dramatique à peu près fatal pour le fœtus et entraînant une mortalité maternelle de 60 à 75 % par hémorragie, choc ou infection.

Etudiée par COUVELAIRE dès 1909 dans les césariennes corporéales, la cicatrice utérine serait selon cet auteur toujours conjonctive avec une valeur fonctionnelle diminuée puisque BRINDEAU signalait à cette époque 4,5 % de rupture utérine.

Mais depuis BAR, des progrès considérables furent apportés dans la technique de l'hystérotomie; ce fut en 1908 la césarienne supra-symphysaire longitudinale de Franck; en 1921, DÖRFLER préconisa l'hystérotomie segmentaire transversale, tandis que FUSCH vantait les mérites de l'incision courbe dans le sens des fibres musculaires.

Pendant ce temps, ZIEGLER et surtout ERBSLOH étudiaient les caractères histologiques et fonctionnels des cicatrices utérines dans les césariennes basses. La cicatrization serait parfaite dans les deux tiers des cas, les ruptures utérines seraient exceptionnelles : 0,20 % environ.

Dans nos observations, il s'agit d'hystérotomie segmentaires longitudinales avec suture du muscle utérin en deux

plans et fermeture du péritoine par surjet. Dans cinq cas cependant, sur 11 (45 % des cas), l'accoucheur a eu la main forcée pour la stérilisation parce qu'il a rencontré des lésions laissant très mal augurer pour l'avenir :

— soit un segment inférieur mince permettant d'apercevoir par transparence le fœtus

— soit une déhiscence étoilée de la paroi utérine qui conduisit à la stérilisation après césarienne itérative.

— soit la nécessité d'une incision segmento-corporéale due à la brièveté du segment inférieur.

Mais dans deux cas au moins (Obs. 1 et 9), les opérateurs ont noté l'aspect parfaitement normal du muscle utérin sans pouvoir y distinguer les cicatrices antérieures; il est donc concevable que de tels utérus soient capables de supporter d'autres gestations sans risques de rupture et certains auteurs ont même pu pratiquer ainsi jusqu'à six césariennes chez la même malade.

2) *Les adhérences* : elles sont la rançon de toute effraction du péritoine; elles sont expliquées par l'histophysiologie des séreuses bien étudiées à Lyon par Monsieur le Professeur POLICARD; elles résultent d'un processus de pé-riviscérite à la suite d'éraillures, de déchirures, d'hématome sous-séreux lésant le mésothélium. A ce facteur traumatique s'ajoute souvent une note infectieuse plus ou moins discrète. Ainsi surviennent ces accolements qui d'abord lâches deviendront fibreux, engendrant les adhérences utéro-vésicales, utéro-épiploïques, utéro-intestinales et surtout utéro-pariétales, les plus fréquentes; c'est le cas de notre Obs. 2 où il existait une véritable ventrofixation sur presque toute la hauteur utérine.

Ces adhérences pourront être cause aussi de rupture utérine, elles aggravent la dystocie et rendent périlleux les actes opératoires ultérieurs.

Elles peuvent être évitées :

— par l'application rigoureuse des règles de l'aseptie en particulier :

- aspiration du liquide dès l'ouverture de l'œuf,
- protection de la cavité péritonéale par de grandes compresses;

— par une technique rigoureuse : hémostase soignée, péritonisation exacte, isolant la ligne d'incision utérine, par surjet au cat-gut fin,

— par l'emploi préventif des antibiotiques in situ.

3) *La demande formulée par la mère* : elle résulte de facteurs sociaux, religieux, affectifs qu'il est bien difficile d'évaluer et encore plus de juger. La crainte, bien légitime, d'une mère ayant déjà deux enfants au foyer, en attendant un troisième, devant une intervention chirurgicale forcée, pourrait se justifier dans une certaine mesure par la réalité du risque opératoire et la nécessité d'une hospitalisation d'une certaine durée.

Le risque opératoire, à l'heure actuelle, encore, est réel. Dans les 11 cas qui nous intéressent, nous n'avons perdu aucune malade; sur 200 observations de césariennes pratiquées dans le Service, publiées dans la Thèse de H. DESERT, on relève 3 % de mortalité, si l'on élimine deux cas d'intervention chez des femmes mourantes, la mortalité réelle reste cependant à 2 %.

Ce chiffre n'est en rien comparable aux résultats de la période héroïque d'il y a un demi-siècle, mais il ne doit pas être définitif grâce aux perfectionnements constants des méthodes de préanesthésie et d'anesthésie et des techniques de réanimation; grâce aussi à la surveillance clinique et biologique plus attentive des opérées permettant de mettre en œuvre à la moindre alerte les traitements anti-coagulants pour parer aux accidents thrombo-emboliques, les traitements antibiotiques pour parer aux accidents infectieux.

Le délai d'hospitalisation moyen après l'intervention fut de 17 jours, ce qui représente un délai normal nécessaire à la cicatrisation et à l'involution utérine. Dans un cas cependant l'hospitalisation dura 23 jours, les suites ayant été troublées par une phlébite du membre inférieur gauche.

II. — La technique de la stérilisation.

Dans tous les cas, il s'agit de stérilisation tubaire par voie abdominale. C'est en toute logique le procédé le plus simple lorsque l'utérus est suturé, avant la fermeture de la paroi abdominale.

La stérilisation par agent physique (rayons X) qui, en fait, est une castration, ainsi que la stérilisation temporaire chirurgicale par enfouissement des ovaires ou des trompes, afin de ménager la possibilité de grossesses ultérieures, n'ont pas de place ici.

L'hystérectomie quoique bien codifiée, serait un temps complémentaire plus délicat et allongerait notablement la durée de l'intervention.

Les procédés de stérilisation tubaire sont multiples. Furent utilisées :

- Section des trompes entre deux ligatures : 4 cas (Obs. 1-2-4-9).
- Ablation du pavillon, des trompes et ligature : 6 cas (Obs. 3-5-6-7-8-10).
- Résection d'un fragment tubaire de chaque côté enfouissement de l'extrémité utérine : 1 cas (Obs. 11).

Leur but est d'interrompre la continuité de la trompe, soit par section, soit par écrasement.

La ligature simple telle qu'elle fut pratiquée la 1^{re} fois par LUNGREN en 1880 peut être suivie d'échec.

Il serait souhaitable, et ceci fut mentionné une fois, qu'une péritonisation du moignon telle qu'elle fut préconisée par HAUCH et HOFBAUER interpose une véritable cloison sur le trajet de la trompe et supprime cette surface cruentée génératrice éventuelle de brides cicatricielles.

En conclusion de cet exposé, nous exprimerons notre point de vue :

Nous avons réuni 11 observations de stérilisations accomplies à l'occasion de césarienne bi-itérative, cette stérilisation ayant été réclamée dans la plupart des cas par la malade.

Au point de vue technique, tout est très simple, étant bien entendu que pour que la stérilisation soit effective, il faut réséquer une partie de la trompe entre deux ligatures et autant que possible péritoniser les moignons. Cette petite intervention est très simple, n'allonge pas sensiblement la durée de l'intervention et n'est jamais à l'origine de complications supplémentaires.

La question intéressante est de savoir si, au cours de ces interventions, il doit y avoir ligature ou non.

Il y a quelques années, la question ne se posait pas ; les risques opératoires, sans être bien considérables, restaient cependant suffisants pour qu'il semble légitime à une femme ayant subi trois césariennes de ne pas courir le risque d'une quatrième.

Actuellement, il n'en est peut-être plus tout à fait ainsi, étant bien entendu que, hormis la première césarienne qui a pu être effectuée à la suite d'une épreuve du travail, les opérations itératives ont consisté en césariennes prophylactiques prévues, effectuées dans un service correctement organisé et dont le risque est vraiment extrêmement minime.

En outre, les progrès réalisés dans la technique opératoire font que dans la très grande majorité des cas, les sutures utérines faites avec soin donnent une musculature

solide, tandis qu'une périlonisation exacte évite des adhérences.

De ce fait, il semble, dans l'absolu du moins, que l'on puisse repousser dans le temps les indications de stérilisation chirurgicale de cette catégorie.

Il paraît difficile d'adopter en pareille occurrence une conduite systématique.

On peut parfaitement être incité à pratiquer une stérilisation dès la deuxième césarienne si une paroi extrêmement déficiente, ou l'existence d'adhérences utéro-pariétales viennent faire courir à l'opérée un risque supplémentaire; il s'agit là évidemment de faits absolument exceptionnels et par contre, il sera également légitime de repousser une stérilisation à l'occasion d'une troisième césarienne lorsque la paroi utérine apparaît comme extrêmement solide.

Au demeurant, quelle que soit l'opinion de l'accoucheur, il lui est difficile de ne pas tenir compte du désir exprimé par la malade, aussi peut-on admettre, d'un point de vue très général, que la conduite à tenir actuellement est la suivante :

1) La stérilisation chirurgicale reconnaît des indications absolues. C'est le cas, à l'occasion d'une troisième césarienne, de la constatation opératoire d'une déhiscence spontanée de la paroi, d'une minceur cicatricielle d'une portion du segment inférieur faisant craindre la possibilité d'une rupture utérine à l'occasion d'une quatrième grossesse.

2) La stérilisation chirurgicale reconnaît des indications relatives, et c'est pour le moment, le désir formellement exprimé par la malade d'être stérilisée à la troisième césarienne.

3) La stérilisation chirurgicale n'est absolument pas obligatoire à la troisième césarienne, et si la malade ne la réclame pas alors que la paroi utérine est en excellent état, il n'y a pas lieu de la réaliser.

DEUXIEME PARTIE

STERILISATIONS EN CAS DE MALADIES CHRONIQUES SEVERES AGGRAVEES PAR LA GESTATION

A la suite de nos recherches dans les archives du Service de Pathologie de la grossesse, nous avons réuni 19 observations de stérilisation pratiquées au cours des cinq dernières années.

Ces observations sont classées par ordre chronologique.

Nous nous sommes efforcé de les résumer selon un plan schématique.

- 1) Nom, âge, parité, référence.
- 2) Nature de l'affection associée à la grossesse.
- 3) Antécédents obstétricaux.
- 4) Grossesse actuelle.
- 5) Accouchement ou indication opératoire.
- 6) Intervention.
- 7) Suites immédiates.
- 8) Eventuellement suites éloignées.

Observations.

OBSERVATION 1.

Mme Pe... 29 ans, Parité 9 - RP 8, Page 86, 1948.

— RM œdémateux associé à IA. RAA à 22 ans.

- 7 grossesses, 4 enfants vivants, 3 fausses-couches.
RAA entre 7^e et 8^e grossesse.
8^e grossesse, FC. à 2 mois 1/2.
Deux ans après, OAP, puis troubles fonctionnels légers.
Malade régulièrement traitée.
Grossesse actuelle : DR. 5-1-47 AP. 15-10-47 hospitalisée au
7^e mois.
TA. 12/6 Albumine 0
Dès le 2^e mois, dyspnée, palpitations.
Crises mineures d'OAP.
Stabilisation sous l'effet du traitement : repos-digitaline.
Au 8^e mois, crise d'OAP, saignée.
- Accouchement spontané à terme, délivrance normale.
- Enfant vigoureux : 3.610 g.
Allaitement artificiel.
- Suites immédiates simples.
- Stérilisation 3 mois après.
Anesthésie parfaite au Penthotal.
L. M. S. O.
Résection de la partie moyenne des deux trompes et ligature.
Aucun incident.
Suites simples, sortie au 15^e jour.
- Suites éloignées : Tachy arhythmie constante survenant 2 ans
après par fibrillation auriculaire.

OBSERVATION 2.

Mme Be... 27 ans, Primigeste - RP. 8, page 239, 1949.

- Cardiopathie congénitale, troubles fonctionnels modérés avant
la grossesse.
- Grossesse actuelle : DR. 20-4-48 AP. 4-2-49 hospitalisée à
1 mois 1/2.

TA. 13 5/7 Albumine 0

L'examen cardiaque pratiqué dans un service de cardiologie
révèle un rétrécissement pulmonaire probable associé à une
communication interauriculaire.
Troubles fonctionnels : légère cyanose des lèvres au repos.
Au 7^e mois, aggravation : dyspnée au repos, hémoptysie, cya-
nose plus marquée.
Traitement : Cédilanide puis Camphre, mal supporté.

- Accouchement : 10 jours avant terme. Forceps sous AG. à l'Ether.
Délivrance spontanée, pas d'incidents.
- Enfant vigoureux : 3.150 g.
Allaitement artificiel.
- Suite immédiate simple, rentre chez elle le 13^e jour.
- Stérilisation 2 mois après.
Intervention : stérilisation sous AL. excellente par résection et ligature des trompes.
Suites simples, cicatrisation rapide, sortie au 9^e jour.

OBSERVATION 3.

Mme Ar... 27 ans, Parité 3 - RP. 9, page 183, 1949.

- Maladie mitrale. RAA dans les antécédents, lésions découvertes lors de la 3^e grossesse.
- 1^e grossesse : avortement, curetage.
2^e — : normale, accouchement spontanée à terme, enfant vivant, aucun trouble fonctionnel.
- Grossesse actuelle : DR. 28-4-48 AP. 6-2-50 hospitalisée au 9^e mois.
Dès la fin du 5^e mois, crise d'OAP.
Mais amélioration, aucun signe de défaillance cardiaque.
TA. 11/6. Albumine 0.
- Accouchement à terme, forceps sous AG. à l'Ether.
Délivrance normale.
- Enfant vigoureux : 2.700 g.
Allaitement artificiel.
- Suites immédiates simples, mais 1 mois après, crises d'OAP à minima se répétant.
- Stérilisation 5 mois après, après stabilisation de l'état cardiaque.
Intervention : AL. excellente après anesthésie de base profonde au Scophédol.
L. M. S. O. Ligature des trompes, section, enfouissement du moignon.
La perforation d'un petit kyste ovarien gauche déclenche une petite hémorragie, point en U sur l'ovaire.
Fermeture plan par plan, agrafes.
Suites simples.
- Revue 2 ans après : malade présentant une légère dyspnée d'effort.

OBSERVATION 4.

Mme Go., 25 ans, Parité 1 - RP. 9, P. 211, 1949.

- Lésion micro-aortique RM + IA décelée à 20 ans après RAA.
- Troubles fonctionnels modérés avant la grossesse.
- Grossesse actuelle : DR. 2-6-48 AP. 12-3-49
 TA. 13/7 Albumine 0

Exagération des troubles fonctionnels dès le début de la grossesse.

Hospitalisation à 7 mois 1/2.

Dyspnée importante depuis le 6^e mois.

Gros cœur.

2 accès d'OAP. calmés par Camphre et Morphine.

- On décide une césarienne prophylactique 15 jours avant terme, suivie de stérilisation.
- Intervention : AGCF avec penthotal starter.
Hystérotomie classique.
Section des trompes, enfouissement des moignons utérins dans le ligament large dédoublé.
Paroi fermée en 3 plans.
Suites simples.
- Enfant : garçon, ranimé en 3 minutes, 2.900 g. P. 500 g.
Allaitement artificiel.
- Suites fébriles.
- Suites éloignées : dyspnée d'effort.

OBSERVATION 5.

Mme Ro... 27 ans, Parité 3. RP. 9, p. 265, 1949.

- RM à forme œdémateuse, origine inconnue, goitre diffus bilatéral.
- 1^{re} grossesse : forceps, enfant vivant.
troubles fonctionnels marqués en fin de grossesse.
- 2^e — : FC. à 2 mois.
- Grossesse actuelle : hospitalisée au 6^e mois.
DR. 17-8-48 AP. 27-5-49
TA. 9/6 Albumine 0

Accidents gravido-cardiaques majeurs.

2 crises d'œdème du poumon.

Dyspnée nocturne.

Signes radiologiques et cliniques de RM.

Rythme régulier. TA. 8,5/6 Albumine 0.

Amélioration légère par le traitement : repos, digitale, Sédocaréna.

- Accouchement spontané 22 jours avant terme, délivrance sans incidents.
- Enfant vigoureux : 2.800 g.
Allaitement artificiel.
- Stérilisation 3 mois après.
Après cure digitalique, intervention.
AL. excellente.
L. M. S. O. Ablation du 1/3 externe de la trompe et du pavillon des deux côtés.
Suites simples, sortie au 17^e jour.
- Revue 2 ans après, légère dyspnée d'effort.

OBSERVATION 6.

Mme Li... 32 ans, Parité 2 - RP. 9, P. 271, 1949.

- RM découvert à 24 ans, RAA à 17 ans.
- Aucun trouble avant la 1^{re} grossesse; lors de la 1^{re} grossesse, aucun accident.
- Grossesse actuelle : DR. 29-9-48. AP. 8-7-49.
- Hospitalisée au 5^e mois, décompensation grave au 5^e mois, avec crises de tachyrythmie paroxystique, améliorées par quinine et digitaline.
OAP au 6^e mois traité par saignées.
Epanchement des bases pulmonaires, œdème des MI.
Albuminurie.
TA. 10 5/6 Pouls : 110.
- Indication opératoire : césarienne 10 jours avant terme avec stérilisation complémentaire.
- Intervention : AGCF, penthotal starter.
L. M. S. O., césarienne corporeale.
Section et ligature des trompes qui sont réséquées sur 3 cm.
Fermeture en 3 plans, 500.000 U. de pénicilline in situ.
- Enfant : vivant : 2.440 g., garçon. P. 420 g.
Allaitement artificiel.
- Suites immédiates favorables.
- Deux ans après, vie sensiblement normale.

OBSERVATION 7.

Mme Co... 41 ans, Parité 4 - RP. 9, Page 273, 1949.

- RM. œdémateux d'origine inconnue, reconnu il y a 7 ans après le 3^e accouchement.
- Avant la 1^{re} grossesse, simple dyspnée d'effort, 3 grossesses avec troubles fonctionnels légers.
Dyspnée d'effort assez importante depuis le 3^e accouchement.
- Grossesse actuelle : DR. 29-6-48. AP. 9-4-49.
Au 4^e mois, crises fréquentes de dyspnée nocturne.
Au 6^e mois, accidents œdémateux quotidiens.
Amélioration par digitaline, ouabaine alternées.
Hospitalisée au 8^e mois.
Episode aigu pulmonaire avec température et crachats hémoptoïques.
Pouls à 90. TA. 14/10 Albumine 0.
- Césarienne prophylactique avec stérilisation complémentaire 15 jours avant terme.
- Intervention : préparation par atropine, caféine, morphine.
AL. : Scurocaïne.
Nesdonal IV pendant l'extraction de l'enfant puis AGCF.
L. M. S. O. Césarienne corporéale.
Section et ligature des trompes.
Fermeture totale.
Intervention très bien supportée.
- Enfant : fille vigoureuse : 2.200 g. P. 400 g.
Allaitement artificiel.
- Suites : malgré T. tonicardiaque intensif, dyspnée et cyanose vont en s'aggravant, collapsus et décès au 3^e jour.

OBSERVATION 8.

Mme Ga... 38 ans, Parité 5 - RP. 10, Page 98, 1949.

- RM. RAA dans les antécédents; lésions dépistées à la 5^e grossesse.
- 3 grossesses normales, 1 avortement.
Troubles fonctionnels légers en fin des grossesses.
- Grossesse actuelle : hospitalisée au 7^e mois.
Accidents gravido-cardiaques mineurs : dyspnée d'effort et de décubitus.

Crachats hémoptoïques, œdème des MI, gros cœur.

TA. 12 5/8 Albumine 0.

Amélioration par repos, digitale, camphre.

En fin de grossesse, l'état reste précaire.

— Accouchement spontané à terme, délivrance normale.

— Enfant vigoureux : 2.800 g.

Allaitement artificiel.

— Stérilisation deux mois après; intervention : AL. excellente précédée de deux Scophédol.

L. M. S. O. Section de la trompe gauche, la trompe droite prolabée dans le Douglas est pathologique; résection de ses 2/3 externes, pénicilline in situ.

— Suites simples, départ au 20^e jour.

— Malade revue à la consultation deux ans après, très aggravée, incapacité presque totale, l'enfant va bien.

OBSERVATION 9.

Mme Ch... 37 ans, Parité 10 - RP. 12, Pages 21-22, 1950.

— RM., RAA dans les antécédents.

— 8 grossesses sans troubles fonctionnels; troubles fonctionnels légers apparus à la 8^e.

9^e grossesse : troubles fonctionnels importants.

— Grossesse actuelle : DR. 22-12-49 AP. 2-10-50.

TA. 11/7 Albumine 0.

Dès le début, dyspnée d'effort importante.

Hospitalisée au 8^e mois.

Dyspnée et cyanose, œdème discret des MI.

Oligurie à 500 cc.

Imminence d'OAP. On décide la césarienne prophylactique.

— Intervention : après préparation par Camphre, Cédilanide, Théophylline, Spasmalgine, Scophédol.

AGCF - L. M. S. O.

Hystérotomie corporéale rapide, fille criant aussitôt.

Résection et ligature des 2 trompes.

Fermeture en 3 plans; intervention très bien supportée.

— Enfant : fille vigoureuse : 3.600 g. P. 650 g.

Allaitement artificiel.

— Suites immédiates fébriles.

Infarctus pulmonaire.

— Revue 1 an 1/2 après : va bien.

OBSERVATION 10.

Mme Lô... 22 ans, Parité 3 - RP. 12, Page 36, 1950.

- Lithiase rénale bilatérale. Néphrectomie D en 1939.
Néphrostomie G en 1947.
Deux urétéro-pyéloplasties.
Poussées de cystite fréquentes.
- 1947 : accouchement normal, enfant vivant.
1948 : accouchement normal, enfant vivant.
- Grossesse actuelle : DR. 11-7-50 AP. 21-4-51
Depuis le début de la grossesse, douleurs lombaires G très intenses.
Poussées de cystite et de pyélonéphrite importantes.
Hospitalisée à 3 mois 1/2 sur avis du Professeur CIBERT qui recommande l'interruption de la grossesse.
- Indication opératoire : étant donnée la gestation déjà avancée on décide une hystérotomie avec ligature des trompes.
- AL, précédée de deux Scophédol.
L. M. S. O. Hystérotomie, évacuation de l'utérus.
Fermeture en deux plans, péritonisation.
Section des trompes entre deux ligatures.
- Suites simples.

OBSERVATION 11.

Mme Ma... 34 ans, Parité 7 - RP. 12, Page 79, 1951.

- Lésions mitro-aortiques. RM + IM + IA. RAA dans les antécédents.
- Aucun trouble avant la 1^{re} grossesse.
Aucun trouble lors des premières grossesses : 4 accouchements spontanés et 2 FC.
Apparition de troubles fonctionnels modérés 2 ans après la 5^e grossesse.
- Grossesse actuelle : DR. 15-7-50 AP. 25-4-51
 TA. 12/6 Albumine +
Hospitalisée au 5^e mois, grossesse gémellaire.
Accès de tachycardie, dyspnée d'effort, œdème des MI.
Toux matinale et expectoration hémoptoïque, gros cœur.
Amélioration et rechute en dépit du traitement : repos tonique, régime déchloruré.
Accidents de subœdème pulmonaire au 7^e mois.

- Accouchement prématuré à 7 mois 1/2; délivrance artificielle nécessitée par une petite hémorragie.
- Enfants : morts-nés : 2.800 g.; macère de 2.200 g.
- Suites immédiates troublées, passe en médecine.
Stérilisation 3 mois après.
AL. L. M. S. O. Résection du pavillon, des trompes, ligature.
Fermeture totale.
- Suites subfébriles, pas de dyspnée.
- Suites éloignées : la malade va bien, troubles fonctionnels légers.

OBSERVATION 12.

Mme Ri.. 23 ans, Parité 4 - RP. 13, Page 2, 1951.

- RM. IM. Crise de RAA dans les antécédents.
- 2 accouchements spontanés à terme.
1 accouchement à terme avec délivrance artificielle.
- Hospitalisation au 6^e mois.
Accident gravido-cardiaque s'accroissant progressivement.
Dyspnée de décubitus, toux quinteuse.
Douleurs précordiales.
Amélioration nette par traitement : repos, Cédilanide.
- Accouchement à terme. Forceps, délivrance artificielle.
- Enfant vigoureux : 3.450 g.
Allaitement artificiel.
- Suites : décompensation cardiaque au 18^e jour (la malade est hospitalisée dans le Service du Professeur FROMENT).
- Stérilisation 10 mois après.
Intervention. AL. complète par Ether.
Pfannenstiël. Stérilisation suivant la technique de Madlener.
- Suites simples.

OBSERVATION 13.

Mme Ma... 29 ans, Parité 3 - RP. 13, Page 11, 1951.

- Cardiopathie mitro-aortique, 2 crises de RAA dans les antécédents.

- 1^{er} accouchement sans incident : enfant vivant.
- 2^e — sans incident : enfant vivant.
- 3^e — 1948 : accident gravido-cardiaque mineur au 6^e mois.
Palpitations, douleurs précordiales.
Dyspnée, expectoration sanglante.
Accouchement à terme d'un enfant vivant.
Aggravation dans les suites de couches :
Dyspnée d'effort, crise de dyspnée nocturne.
Crise de RAA récente.
Gros cœur, œdème malléolaire.
- Hospitalisation : envoyée par le Professeur FROMENT pour stérilisation.
AL. excellente précédée de 2 Scophédol.
- Stérilisation : intervention :
Pfannenstiël.
Résection des deux pavillons et ligature de la trompe au fil de lin après écrasement (technique de Madlener).
- Suites simples, sortie au 14^e jour.

OBSERVATION 14.

- Mme Ba... 32 ans, Parité 3 - RP. 13, Page 50, 1951.
- Lésion mitro-aortique décelée à la suite d'une crise de RAA à 16 ans.
 - Troubles fonctionnels marqués avant la 1^{re} grossesse.
1^{re} grossesse : accidents gravido-cardiaques marqués au 6^e mois.
crises d'OAP.
 - 2^e — : décompensation cardiaque à partir de deux mois 1/2 avec manifestation pulmonaire.
Depuis, troubles fonctionnels importants.
 - Grossesse actuelle : DR. 15-8-50 AP. 25-5-51.
Hospitalisation au 7^e mois.
Dyspnée modérée, pas d'accident de décompensation.
TA. 11 5/6 Albumine 0.
Traitement alterné : digitale, camphre.
 - Accouchement spontané 23 jours avant terme, délivrance normale, OAP 1/2 heure après l'accouchement.
 - Enfant vigoureux : 2.800 g.
Allaitement artificiel.

- Suites troublées : passe dans un service de médecine.
- Stérilisation 3 mois après, après cure digitalique.
Intervention : AL. excellente.
L. M. S. O. : résection des pavillons, des trompes; ligature.
Fermeture totale.
Petit épisode de dyspnée dans les suites immédiates.
- Revue 6 mois après, état médiocre, dyspnée marquée à l'effort.

OBSERVATION 15.

Mme Au... 25 ans, Parité 2 - RP. 14, Page 44, 1952.

- Etat psychopathique grave.
Cure de fistule vésico-vaginale.
- 1 accouchement : forceps nécessité par un bassin généralement rétréci de 9 cm. de DU. en 1949.
Enfant vivant, déchirure du périnée et fistule vésico-vaginale.
- Hospitalisation : grossesse actuelle :
DR. 27 juin 51 AP. 7-4-52
TA. 11 5/6 Albumine 0.
- Indication opératoire : césarienne en raison de la cure de fistule vésico-vaginale antérieure et du bassin généralement rétréci.
Stérilisation sur indication de deux médecins neuropsychiatres (MM. P. GIRARD et MOREAU).
- Anesthésie : Nesdonal, Ether.
- Intervention : césarienne segmentaire longitudinale sans incidents.
Résection d'un fragment de trompe des deux côtés, ligatures.
Enfouissement de l'extrémité utérine.
- Enfant : 3.100 g.; réanimation : 10 mn.
Allaitement artificiel.
- Suites : agitation et hyperthermie dès le lendemain.
Dilatation aiguë gastrique traitée par aspiration duodénale continue.
Météorisme abdominal, arrêt relatif des matières et des gaz faisant penser à un iléus paralytique.
Malgré le traitement énergique, décès au 6^e jour.

OBSERVATION 16.

- Mme Ga... 31 ans, Parité 3 - RP. 14, Page 108, 1952.
- RM + IM + IA. Crise de RAA à 15 ans se répétant par la suite

- 1^{er} accouchement : spontané à terme : enfant vivant,
2^e — : spontané à terme : enfant vivant.
1951 : 3^e accouchement : forceps à la période d'expulsion.
Pendant les trois derniers mois de cette dernière grossesse, malgré le repos et le T. tonocardiaque, crise d'OAP sévère; a présenté depuis son dernier accouchement plusieurs épisodes de défaillance cardiaque.
- Hospitalisation en juin 52, envoyée par le Professeur FROMENT pour stérilisation.
Dyspnée au moindre effort et au décubitus.
Palpitations, malgré T. tonocardiaque intensif.
- Stérilisation : intervention : AL. quelques bouffées d'éther en fin d'intervention, car la malade pousse.
Pfannenstiël, stérilisation suivant la technique de Madlener.
Fermeture : agrafes.
- Suites simples, sortie au 11^e jour.

OBSERVATION 17.

Mme Ba..., 35 ans, Parité 3 - RP. 15, Page 23, 1952.

- Néphrite chronique post-gravidique.
- 1^{re} grossesse : 1948, mort du fœtus in utéro. Néphropathie gravidique avec hypertension artérielle, persistance d'albuminurie.
2^e grossesse : 1950, mort du fœtus in utéro, albumine à 3 g.
Hypertension artérielle à 18/11. FO. normal.
Barre épigastrique, amaurose. Hypoprotéïnémie.
TA. 13/8. Albuminurie : 0,20
Cytologie urinaire : pas de cylindre; quelques hématies.
Urée sanguine : 0,23.
Après avis du Professeur RAVALT, on décide d'interrompre la grossesse et stérilisation.
- Technique opératoire : utérus gravide de 3 mois.
Rachi-anesthésie excellente.
Petite césarienne abdominale : extraction facile d'un œuf complet.
Suture utérine en 2 plans.
Ligature des trompes après coudure et écrasement.
Fermeture de la paroi.
- Suites simples.

OBSERVATION 18.

Mme Ba... 29 ans, Parité 5 - 1191, Juin 1953.

- Lithiase rénale bilatérale.
 - 1^{re} grossesse : accouchement prématuré à 6 mois, 1947; pyélonéphrite et occlusion intestinale au cours de cette grossesse, laissant persister un anus artificiel, cure chirurgicale.
 - 2^e grossesse : avortement thérapeutique, 1947.
 - 3^e — : F. C. à 3 mois, 1949.
 - 4^e — : accouchement spontané à terme d'un enfant vivant de 3.400 g. en 1950.
- Par ailleurs, en 1949 : lithiase rénale bilatérale.
Néphrectomie droite et persistante à gauche (Pr. CIBERT).
- Grossesse actuelle : DR. 21 nov. 51 \ AP. 31 août 53
BC. + HU/27 Albumine non dosée
TA. 12/7
- Plusieurs poussées de pyélonéphrite au cours de la grossesse.
Présentation du siège au 7^e mois, hémorragie importante.
- Indication opératoire : césarienne pour placenta proevia.
 - Intervention : AG. Ether, perfusion de 1.000 cc. de sang. L.M.S. O. On passe à quelques millimètres du colon transverse adhérent à la paroi antérieure.
Hystérotomie classique, extraction d'un enfant vivant.
Placenta latéral droit recouvrant entièrement le col.
Stérilisation par ablation du pavillon des trompes.
Fermeture en 3 plans.
 - Enfant : garçon : 1.500 g., vitalité +. P. 450 g.
3 heures après, décède brusquement.
 - Suites : infarctus pulmonaire au 11^e jour.
Quitte le service le 20^e jour.

OBSERVATION 19.

Mme Ge... 25 ans, Parité 2 - RP. 15, page 198, 1953.

- Néphrite chronique hypertensive post-scarlatineuse.
- 1^{re} grossesse : 1951. A.P.P. : enfant mort-né.
FO. artères irrégulières, exsudats, TACR : 100.
TA. 21/9,5 Urée : 0,60 Albumine : 1 g.
- Grossesse actuelle : DR. 12-3-53.
Hospitalisation : grossesse de 1 mois.

TA. 19/12. Urée sanguine : 0,71.

Albumine 3 g. FO. inchangé.

Monsieur le Pr. RAVAILLÉ est très favorable à l'interruption rapide de la grossesse.

— Intervention : AG. Nesdonal-Ether.

L. M. S. O. Incision de la face antérieure de l'utérus : extraction de l'œuf, curettage de la cavité à la curette.

Suture de la paroi utérine en 2 plans, péritonisation.

Ecrasement des deux trompes à la pince.

Ligature et résection au niveau du 1/3 moyen.

Nous venons de rapporter 19 observations de femmes ayant subi une stérilisation prophylactique, une nouvelle grossesse faisant courir à la malade, du fait de l'évolution d'une maladie chronique, un risque vital grave.

Nos observations se répartissent de la manière suivante :

-- 14 observations de cardiopathie

4 fois la stérilisation fut pratiquée à l'occasion d'une césarienne indiquée par certaines circonstances cliniques (Obs. 4-6-7-9).

Dans 10 autres cas, la malade, après avoir accouché dans le service est revenue le plus souvent deux mois plus tard pour être stérilisée (Obs. 1-2-3-5-8-11-12-13-14-16).

— 2 observations de Néphrite chronique avec hypertension artérielle élevée

— 2 observations de Lithiase rénale grave sur rein unique

— 1 observation de psychopathie grave.

Nous allons reprendre maintenant les différentes indications et les discuter.

I. — A la Clinique Obstétricale, on considère qu'une femme cardiaque qui a présenté en fin de grossesse, au cours du Travail ou dans les suites de couches, des acci-

dents de caractère dramatique mettant réellement ses jours en danger (crises répétées d'œdèmes aigu pulmonaire, infarctus pulmonaire à répétition, poussées indiscutables d'asystolie transitoire) ne doit pas, en principe, courir les risques d'une nouvelle grossesse.

Cette position de principe est basée sur l'analyse d'un grand nombre d'observations et la thèse de G. Noël (Lyon 1952) permet d'avoir mis cette question au point.

Il est bien entendu que des surprises heureuses peuvent se produire et que le pronostic mathématique des accidents gravido-cardiaques est impossible à formuler; il n'en reste pas moins que les accidents mortels observés au cours de l'état gravido-puerpéral concernent toujours en pratique des malades ayant déjà présenté des accidents graves au cours des grossesses précédentes.

II. — Pour ce qui est des Néphrites chroniques, la position des stérilisations chirurgicales est réellement inattaquable, étant entendu que certaines précautions sont prises.

Nous envisageons en ce moment des malades atteintes de Néphrite chronique polysymptomatique, malades qui, au cours de leur grossesse, ont présenté des accidents de deux ordres :

- 1) La Néphrite chronique évolue et s'aggrave.
- 2) Le fœtus meurt in utero dès les premiers mois de la grossesse ou succombe plus tardivement mais toujours avant la période de viabilité.

Lorsque la malade a fait cette expérience une ou deux fois, il paraît réellement inutile de lui faire courir une seconde ou une troisième fois ces risques, et là, la stérilisation chirurgicale s'impose.

III. — La Lithiase rénale grave sur rein unique.

Les hasards de la clinique ont fait rentrer deux fois en cinq ans des malades dont les observations présentaient un caractère particulier mais non exceptionnel.

Il s'agit de deux femmes suivies par le Professeur CIBERT, présentant à l'origine des lésions de lithiase rénale bilatérale avec poussées de pyélonéphrite : dans l'un et l'autre de ces cas, une infection du bassinet a conduit à l'ablation d'un des deux reins, l'autre rein restant, lithiasique, étant susceptible, à son tour, d'être le siège de complications. Connaissant le risque très important créé par la possibilité d'une pyélonéphrite gravidique, il était légitime de penser dans les deux cas, que la malade n'ayant plus qu'un seul rein, courrait, du fait d'une nouvelle grossesse, un risque mortel; là encore, la stérilisation paraît s'imposer sans discussion.

IV. — Une observation de psychopathie grave concerne une malade chez laquelle la stérilisation a été pratiquée à la demande de deux médecins neuropsychiatres (dont un médecin des Hôpitaux de Lyon). Nous ne discuterons pas leur point de vue dans ce cas particulier et nous ne doutons pas de l'intérêt présenté par la stérilisation dans notre observation; mais nous ne pouvons nous empêcher de penser que l'expression « psychopathie » est assez vague et qu'une pareille indication qui pouvait se justifier chez notre malade ne saurait être étendue sans grave danger dans un pareil domaine.

Nous voyons que les indications de stérilisation telles qu'elles ont été prises à la Clinique, ne prêtent pas en elles-mêmes à discussion. Mais combien serait dangereuse l'extension prise le cas échéant par de telles interventions.

Une première question se pose : ne pourrions-nous pas obtenir le même résultat en conseillant aux malades la mise en pratique de moyens anticonceptionnels ?

Assurément oui, et un certain nombre de nos malades à qui nous proposons une stérilisation chirurgicale nous ont bien affirmé qu'il n'y aurait pas de risque d'une nouvelle grossesse.

Ce point est cependant délicat à soulever en France à l'heure actuelle; de toute façon, cette pratique sera toujours inefficace chez certains couples et c'est alors que se

discute l'intervention qui, à plusieurs reprises, a été formellement demandée par des malades craignant l'éventualité d'une nouvelle grossesse.

Une deuxième question se pose : lorsqu'une indication de stérilisation apparaît comme devant être discutée, la décision d'intervenir appartient-elle au seul médecin traitant ? Du point de vue médico-légal, la stérilisation pratiquée soit chez l'homme, soit chez la femme, lorsqu'il n'existe aucune maladie évolutive du testicule ou de l'ovaire imposant leur ablation chirurgicale, est interdite.

Nous ne pensons pas, cependant, qu'une stérilisation par résection des trompes tombe réellement sous le coup de la loi. Il n'empêche cependant qu'il existe des cas embarrassants et l'observation de stérilisation pour psychopathie grave que nous rapportons en est un exemple. Ne serait-il pas utile alors, que l'accoucheur puisse étayer sa décision sur l'opinion de deux autres médecins, dont un médecin-expert, ainsi que cela se passe actuellement lorsqu'il s'agit de prendre une décision d'interruption de grossesse. Bien que dans le domaine de la stérilisation, les chances d'abus soient minimales, une pareille précaution nous paraît utile et à la Clinique Obstétricale, la décision est habituellement prise après consultation avec un cardiologue, un psychiatre ou un Interniste s'occupant spécialement des maladies des reins.

La technique de stérilisation est très simple et ne prête pas à discussion, plusieurs procédés sont valables et donnent tous de bons résultats, étant entendu que l'on pratique toujours la résection d'une portion tubaire; l'intervention peut être faite sous anesthésie locale, ce qui est extrêmement intéressant chez des malades cardiaques. On peut discuter le moment le plus opportun pour intervenir; nous n'envisageons pas ici les stérilisations complémentaires de césarienne, mais la stérilisation conseillée alors que la malade a accouché spontanément.

Messieurs LANTUEJOUL et MERGER ont publié en 1938 un certain nombre d'observations intéressantes dans les-

quelles la stérilisation a été pratiquée immédiatement après l'accouchement. Cette pratique qui ne présente pas de difficultés techniques aurait l'avantage de libérer beaucoup plus tôt les malades; elle éviterait aussi de perdre de vue certaines malades, car un certain nombre de femmes à qui l'on conseille une stérilisation ne reviennent pas en temps utile pour la faire pratiquer. A notre sens, l'intervention précoce a un très grand inconvénient, c'est qu'elle ne donne pas à la malade le temps de la réflexion; plus nous allons, plus nous répugnons à imposer une stérilisation lorsque la malade et son mari n'ont pas été prévenus des conséquences de l'intervention. Le pronostic en médecine reste relativement imprécis et certaines cardiaques ont été stérilisées il y a quelques années, qui peut-être aujourd'hui, bénéficieraient d'une comissurotomie. Il ne faut pas exclure non plus la possibilité pour une femme de perdre accidentellement ou de maladie tous ses enfants et de désirer, au risque même de sa vie, une nouvelle grossesse.

La stérilisation temporaire ne répond pas au but poursuivi; soit chirurgicale, soit Roetgenthérapique, elle n'est pas efficace à coup sûr; par ailleurs, les agents physiques entraînant une stérilisation d'origine ovarienne, sont certainement dangereux chez les cardiaques et chez les hypertendues; dans ces conditions, on ne peut faire qu'une stérilisation chirurgicale par ligature des trompes, intervention dont nous ne sommes partisans qu'à bon escient, mais qui est la solution d'un problème en réalité complexe et dont les données doivent être soigneusement examinées.

CONCLUSIONS

Nous avons recueilli, à la Clinique Obstétricale, au cours de ces cinq dernières années, trente observations de stérilisation chirurgicale.

Ces observations se répartissent en deux groupes :

Stérilisations après Césariennes Itératives, le plus souvent après la troisième césarienne, afin d'éviter à la malade une nouvelle intervention chirurgicale.

Stérilisations pratiquées chez des malades atteintes d'affections chroniques sévères nettement aggravées par la gestation.

1) Onze fois en cinq ans, une stérilisation a été pratiquée chez des femmes ayant subi plusieurs césariennes antérieures :

2 césariennes dans 2 observations

3 césariennes dans 9 observations

Les indications d'une pareille stérilisation doivent, en réalité, être tirées de l'examen de la paroi utérine. Une paroi utérine présentant une cicatrice fibreuse étalée et mince, peut conduire à pratiquer une stérilisation après la seconde hystérotomie; au contraire, la constatation d'une paroi en excellent état est un argument contre la mise en œuvre d'une stérilisation même après la 3^e césarienne.

Dans l'état actuel des mœurs, cette stérilisation après 3^e césarienne, même si elle n'est pas indiquée médicalement, pourra cependant être effectuée à la demande expresse de la malade et de son mari.

II) Dix-neuf fois, une stérilisation a été pratiquée chez des femmes dont la maladie chronique évolutive avait été aggravée lors d'une grossesse antérieure et dont la vie paraissait devoir être mise en danger par une nouvelle gestation :

- 14 cardiographies
- 2 néphrites chroniques polysymptomatique
- 2 lithiases rénales avec rein unique
- 1 psychopathie grave.

La stérilisation a été pratiquée 4 fois au cours de césariennes imposées par l'évolution d'une cardiopathie; dans 10 autres cas, l'intervention a eu lieu deux mois environ après l'accouchement.

Dans ces observations, la décision de stérilisation s'est toujours appuyée sur des arguments solides tirés d'une observation minutieuse des malades et après consultation avec des spécialistes compétents. On peut penser, qu'en règle générale, il serait utile que la stérilisation ne puisse être effectuée qu'après avis concordant de trois médecins dont un expert auprès des tribunaux ainsi que cela se pratique lorsqu'on envisage la possibilité d'un avortement thérapeutique.

Vu :

Vu :

LE DOYEN :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :

A.-H. HERMANN.

PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 3 Décembre 1953.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

- ADEODATO (J.). — Conceptions actuelles de l'avortement thérapeutique. *Rev. de Gyn. et Obs.*, Oct. 1949, 43, n° 4, Nov. 1949, 43, N° 5, Déc. 1949, 43, N° 6.
- AMBRE (M.). — Accouchement normal à terme après opération de Crawford pour rétrécissement de l'isthme de l'aorte au 3^e mois de grossesse. *Bull. Ass. Gyn. Obst.*, 1950, 2 N°, 1-91-93.
- BALARD (P.), BROUSTET (P.), MAHON (R.). — Cardiopathie et puerpéralité in EMC Obstétrique 5044.
- BALARD (M.), MAHON (R.), BROUSTET (P.). — Rapport du XI^e Congrès de l'Assemblée de Gyn. et Obst. de Langue Française 1939. Interruption de la grossesse dans les cardiopathies (indications et techniques). *Rev. Fran. Gyn. et Obst.*, 1940, T. 35, N° 3-4, 106-109.
- BOURSIER (R.), FAUGÈRE (G.). — Décompensation cardiaque mortelle après césarienne chez une cyphotique. *Gyn. Obst.*, 1950, 2, N° 5, page 574.
- BRET et CAVAGNA. — Etude clinique des phénomènes génitaux et obstétricaux chez les femmes hypertendues. *Gyn. Obst.*, 1948, 47 p., 702.
- BROCHIER (A.), MAGNIN (P.). — Hypertension solitaire et grossesse. *Soc. Obst. Lyon, Marseille* 1942.
- CARLOT (M.). — La Mort des cardiaques au cours de la puerpéralité. *Thèse de Lyon* 1942.
- CHASTRUSSE (L.). — Les Ruptures de cicatrices d'hystérotomie basse. *Bull. des Soc. de Gyn. et Obst. de langue française*, 1952, T. 4.
- CHAVEZ (I.). — Emfermedades del Corazon, 1945. El Colegio Nacional, Mexico.
- DERAY (R.). — A propos des problèmes Ethiques posés au Corps médical par la stérilisation féminine préventive. *Semaine médicale*, N° 66, 30 oct. 1953.
- DEROBERTE (L.). — Médecine légale et Obstétrique in E. M. C. Obstétrique 5115.
- DESSERT (H.). — A propos de 200 observations de césariennes segmentaires recueillies en série à la Clinique Obstétricale. *Thèse de Lyon*, 1953.

- ERBSLOH. — Anatomie physiologique et pathologie de la cicatrice de césarienne en considérant particulièrement le comportement fonctionnel de cette cicatrice au cours des grossesses ultérieures. *Arch. Franç. de Gynécologie*, 20 nov. 1942.
- FENIGER et WETTERDAL. — Les risques de l'interruption légale de la grossesse. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 10 juillet 1948, 24, N° 52.
- FREDERICK (C.), IRVING (M. D.). — Tubal sterilisation. *Am. J. Obst. Gyn.*, Nov. 1950.
- FRITEL (H.). — Les hypertensions gravidiques. *France Médicale*, Mars 1951.
- FROMENT (R.). — Etude clinique des maladies du cœur.
- FROMENT (R.), GONIN (A.). — Les troubles valvulaires chroniques in *Traité de Médecine*, T. X.
- GHILAIN (A. M.). — Cardiopathie et grossesse. *Gyn. Obst.*, 1951, 3, N° 4, p. 583.
- GRAND. — Néphrite chronique et gestation. *Thèse de Paris*, 1934.
- GRASSET et BRET. — Les Ruptures utérines après césariennes transversales. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 14 février 1953.
- GUILHEM (P.), PONTONNIER (A.), MONROZIES (M.). — Notre conduite à tenir dans les grossesses compliquées d'hypertension artérielle maligne. *Bull. des Soc. Gyn. et Obst. de Langue Française*, 1952, T. 4.
- HENNESSY et POTTINO. — Hogdkin disease in Pregnancy. *Am. J. Obst. Gyn.*, Vol. 63, p. 756.
- LAFFONT (A.). — La stérilisation tubaire in E.M.C. gynécologie, 763.
- LAFFONT (A.) et BONAFOS. — Ruptures utérines in E.M.C. *Obstétrique* 5080.
- LANDE (P. R.). — A propos de 5 observations de césariennes pour cardiopathies dans les 3 derniers mois de la grossesse. *Thèse de Lyon*, 1949.
- LANTUEJOUL et MERGER. — Cardiopathie et grossesse : les indications de l'intervention chirurgicale. *Gyn. Obst.*, 1938, T 38, N° 6.
- LAUBRY (C.). — Cardiopathie et grossesse. II^e Congrès interaméricain de cardiologie, Mexico 1946.
- LAUBRY, ROUTIER (D.), MATHIVAT (P.). — Cardiopathie et grossesse : les indications opératoires. *Bull. Acad. de Médecine* 18-25, Mars 1941.
- LAURIAC. — La stérilisation féminine. *Thèse d'Alger* 1929.
- MAGNIN (P.), MICHELLAND (R.). — Hypertension solitaire de grossesse. *Journal de Médecine de Lyon*, 5 août 1943.
- MENDELSON (C.). — Grossesse et cardiopathie cyphoscoliotique. *Am. J. Obst. Gyn.*, 56, N° 3, Sept. 1948.

- MICHELLAND (R.). — La grossesse au cours de l'hypertension artérielle solitaire. *Thèse de Lyon* 1940.
- MICHELLAND (R.) et NICOLLET. — Une observation de rupture utérine silencieuse après hystérotomie antérieure, guérison. *Gyn. Obst.*, T. 52, N° 1, 1953.
- MILLIEZ (P.), FRITEL (D.). — L'avenir obstétrical des femmes hypertendues ayant subi une sympathectomie lombaire. *La Presse Médicale*, n° 12, 61, 21 février 1953.
- NOEL (G.). — Le Comportement des cardiaques au cours de l'état gravido-puerpéral. *Thèse de Lyon* 1952.
- PARKINSON. — Grossesse compliquée de rétrécissement mitral et de tuberculose pulmonaire traitée par valvulotomie mitrale. *Proc. Roy. Soc. Méd.*, Janvier 1953, 46, N° 1, 48-49
- PEARSE (H. A.), OTT (H. A.). — Contrôle hospitalier de la stérilisation et de l'avortement thérapeutique. *Am. J. Obst. Gyn.*, Août 1950, 60, N° 2.
- PERETTI (de) et LA ROCCA. — Affections des voies urinaires in E.M.C. Obstétrique 5075.
- PETER. — Leçons de Clinique Médicale, p. 180, 1869.
- PIGEAUD (H.). — Titres et Travaux scientifiques.
- PIGEAUD (H.), MAGNIN (P.). — La stérilisation chez les femmes atteintes de Néphrite chronique évolutive et de Cardiopathie décompensée. *Lyon Médical*, Mai 1940, p. 273.
- PIGEAUD (H.), DUMONT (M.). — Les Néphropathies gravidiques, 1946.
- POLICARD. — Précis d'Histologie physiologique.
- ROUCHY. — L'interruption thérapeutique de la gestation dans les Cardiopathies. *Thèse de Paris* 1938.
- ROUTIER (D.), LAENNEC (Th.), HEIM DE BALZAC. — Les dangers de l'avortement thérapeutique chez les cardiaques. *Arch. des Mal, du cœur, des Vaiss. et du sang*, 1934, T 27, 643.
- SALOU. — Néphrite chronique et gestation. *Thèse de Lyon* 1942.
- SERDUKOFF. — L'avortement artificiel en tant que traumatisme biologique et ses suites. *Gyn. Obst.*, Mars 1928.
- STALLWORTHY (J. A.). — Progrès en Obstétrique et gynécologie. *Practitioner*, Oct. 1952, 169, N° 1012, p. 340-346.
- STEWART et MONTGOMERY. — Hodgkin disease and pregnancy. *Am. J. Obst. Gyn.*, vol. 63, p. 570.
- VIGNES (H.). — Oblitération du col utérin en cours d'accouchement. *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1948, N° 90.
- VINAY (Ch.). — Traité des Maladies de la grossesse et des suites de couches.

VORON (J.), PIGEAUD (H.), MAGNIN (P.). — Analyse de 24 observations ayant trait à des femmes hospitalisées pour accidents gravido-cardiaques au cours de leur grossesse. *Gyn. Obst.* 1939, T 40, N° 2, 151-156.

WEBER. — Une variante technique de l'hystérotomie basse par incision transversale de l'utérus sans extériorisation. *Thèse de Lyon* 1949.

TABLE DES MATIERES

AVANT-PROPOS	9
<i>Première partie.</i> — Stérilisation au cours des césariennes bi- itératives	11
Observations	12
Indications	19
Technique de la stérilisation	22
<i>Deuxième partie.</i> — Stérilisations en cas de maladies chro- niques sévères aggravées par la gestation	25
Observations	25
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45

— Imprimerie BOSC Frères —
42, Quai Gailleton — LYON
